Oesterreichische medicinische Wochenschrift.

(Ergänzungsblatt der medicin. Jahrbücher des k. k. österr. Staates.)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v. Raimann. — Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.

No. 19. Wien, den 9. Mai. 1846.

1.

Original-Mittheilungen.

Trismus traumaticus ex vulnere contuso nasi.

Beobachtet auf der unter der Leitung des Hrn. Primarchirurgen Dr. Joh. Seibert stehenden I. chirurgischen Abtheilung des k. k. Wiener allg. Krankenhauses von Med. et Chir. Dr. Joh. Al. Hiltscher, k. k. Secundararzt.

Unstreitig hat sich die pathologische Anatomie ein grosses Verdienst um den Hauptzweig der gesammten ärztlichen Wissenschaft, die *Diagnostik*, erworben. Sie war es, welche uns einen klaren Blick in die Tiefe des kranken menschlichen Organismus gestattete, welche die zartesten, durch den krankhaften Process gesetzten Veränderungen beleuchtete, welche uns, theils aus diesen Veränderungen selbst, theils aber durch Rückschluss aus dem Vergleiche dieser Veränderungen mit den Erscheinungen am Lebenden, Folgerungen von höchstem Gehalte ziehen lehrte; sie war es, welche uns auf neue Wege hinwies, durch welche wir zur grösstmöglichen Sicherstellung einer Diagnose, des Wünschenswerthesten eines denkenden und gewissenhaften Arztes, gelangen können. Wer sollte den Einfluss verkennen, den sie auf die Anwendung physicalischer Kennzeichen Behufs der Diagnose ausübt?

Ihr grösster Triumph aber besteht darin, dass sie uns mit der *Causa proxima morbi* vertrauter machte, dass sie über die Wesenheit der einzelnen Krankheiten, ihren Verlauf, die Art und Weise desselben in der Mehrzahl der Fälle ein derartiges Licht verbreitete, dass die Schaar der ewig wechselnden und immer sich erneuernden Hypothesen vor dem *Factum*, dem *Argumentum ad hominem*, dem pathologisch-anatomischen Präparate weichen mussten, und dass sie so manches System stürzte, das eben auf nichts als auf schale Hypothesen gestützt war.

Ich sagte in der Mehrzahl der Fälle, weil es leider noch sehr viele Krankheitsformen gibt, über deren Natur selbst das pathologisch-anatomische Messer uns die gewünschte Aufklärung noch schuldig blieb. Unter diese glaube ich mit Recht die sogenannten Neurosen zählen zu dürfen, und unter denselben besonders die häufiger vorkommenden Fälle: Trismus, Tetanus, Epilepsia, Ballismus.

Wenn wir uns bei diesen Formen um die Sectionsresultate bekümmern, so zeigen sich uns verschiedene Ergebnisse:

In einem Falle war das anatomische Messer nicht im Stande, irgend eine Veränderung in den der Nerventhätigkeit vorstehenden Organen zu entdecken; in einem zweiten Falle werden zwar patho-

logische Veränderungen aufgefunden, und sogar solche, welche durch ihr Dasein uns eine genügende Erklärung für die vorausgegangene Störung des Nervenlebens geben können; wobei wir aber leider auch wieder gestehen müssen, dass wir oft dieselben Krankheitsproducte, an denselben Organen, in derselben Extension und Intensität entdeckt haben, ohne dass darum Trismus oder Tetanus da gewesen wäre, ja dass überhaupt im Leben sich nicht einmal irgend eine betreffende und entsprechende Erscheinung bemerkbar machte.

Der erste Fall ist jedenfalls der häufigere, wo sich nämlich ausser dem neuen, tödtenden Process (öfter eine Pneumonie, Dysenterie, auch Typhus) gar nichts auffinden liess. So lange wir aber nähere, vollkommen genügende Aufschlüsse vergebens suchen, wird auch unsere Therapie eine wankende, wechselnde, ungewisse und fast immer unzureichende sein, und diess zwar um so mehr, als uns die ursächlichen Verhältnisse und ihre Einwirkung ebenfalls unbekannt sind. So bleibt es gewiss höchst merkwürdig, wie unter gewissen uns unbekannten Momenten Tetanus oder Trismus eintritt, und zwar auf die geringfügigsten Veranlassungen (einen Diätfehler bei Neugebornen, eine gewöhnliche Verkühlung, eine geringfügige Verletzung) ungeahnt, ungefürchtet; während bei bedeutenden Verletzungen (Beinbrüche mit Quetschung, Zerschmetterung ganzer Extremitäten, Abreissen derselben durch schweres Geschütz etc.) nicht selten das besorglich erwartete, ängstlich gefürchtete Übel gänzlich ausbleibt. Als Beleg für das Vorhandensein obiger Eigenthümlichkeiten der Naturthätigkeit möge folgender Fall hier angeführt werden:

S. F., 65 Jahre alt, gewesener Nagelschmiedmeister, auf einer Fussreise zu seiner Tochter in Wien begriffen, stürzte zufällig am 24. Juli 1843 unweit Hollabrunn auf der Strasse über einen Steinhaufen, wie sie auf den sogenannten Kaiserstrassen aufgeschottert sind, über welchen er steigen wollte, und verletzte sich nach Angabe des wundärztlichen Parere's, und zwar an der Nase, wie folgt:

„Es zeigte sich am Rücken der Nase eine zwei Zoll lange, bis an den Knochen dringende, lappenförmige, gequetschte Wunde, welche durch mehrere Tage der Reise unverbunden blieb, und bereits in starker Eiterung begriffen war. Das Gesicht war stark rothlaufartig angeschwollen."

Das üble Aussehen der Wunde, besonders letztere Complication, wurde in der Art herbeigeführt, dass die ursprünglich stark blutende Wunde, ohne dass zur Stillung der Blutung das Geringste beigetragen worden wäre, ohne alle Schonung der ungünstigen Einwirkung des Strassenstaubes, der Sonnenhitze und des, den andern Tag eintretenden stürmischen Regens ausgesetzt wurde. Seine Reise wurde zaudernd fortgesetzt, so dass er erst zwei Tage nach der Verletzung in Wien ankam. Des andern Tages wurde die Wunde gereiniget und kunstgerecht verbunden. Nach Aussage seiner Verwandten soll er sich bis zum 29. wohl befunden haben, was sie insbesondere aus seinem guten Appetit entnehmen zu können glaubten. Sie bemerkten bloss, dass die rothlaufartige Geschwulst zunahm.

Plötzlich jedoch, am 30. Juli Morgens, trat ein Unvermögen zu sprechen und zu schlingen ein, und zwar wegen krampfhaft geschlossenen Kiefern, so dass die geängstigten Verwandten ihn in's allgemeine Krankenhaus bringen liessen. Denselben Tag, um 3 Uhr Nachmittags, bot er folgendes Krankheitsbild dar:

Die Kinnladen sind zeitweise, und zwar jedesmal durch einige Secunden unbeweglich geschlossen, fest über einander gedrückt, so dass die über und aufeinander gelagerten Zähne des Ober- und Unterkiefers den Eingang in die Mundhöhle vollkommen verschliessen, mit Ausnahme einer kleinen Lücke, welche durch einen im Oberkiefer mangelnden Backenzahn erzeugt wurde. Die Masseteren hart und gespannt, unbeweglich. Der Krampf dehnt sich auch auf die Lippen aus, die fest aneinander gepresst erscheinen, so dass dadurch eine gänzliche Versperrung der Mundhöhle bewirkt wird. Während der Dauer des Anfalles ist das Schlingvermögen gänzlich aufgehoben; im Augenblicke der nur kurzen Remissionen bedeutende Schlingbeschwerden. Indem die Nasenhöhle durch die entzündliche Anschwellung der äusseren Nase für die Luft unwegsam geworden ist, so ist Pat. gezwungen, mit den Händen die Unterlippe herabzuzerren, um doch wenigstens die Zahnlücke frei zu machen, und das Einathmen, wenn auch mit grosser Beschwerde, möglich zu machen. In Folge dieser Hindernisse tritt eine heftige Dyspnöe ein, die besonders bei vollkommener Verschliessung des Mundes auf's Höchste steigt. Bei den unbedeutenden Remissionen ist die Respiration schwer, schnaubend.

Das Individuum ist hager, von trockener Con-

stitution, jedoch gesunden, kräftigen Aussehens, wie in der Regel die Landbewohner.

Nach Verlauf einer Stunde verstärken sich diese Krampfanfälle auf eine aussergewöhnliche Weise, ex- und intensiv. Der Krampf schreitet von den Masseteren auf die Muskeln des Halses, besonders auf jene des Pharynx und Larynx, die während des Anfalles äusserst hart und gespannt erscheinen; die Athmungsbeschwerden erreichen den höchsten Grad. Nach einigen unarticulirten gellenden Schmerzenslauten schwillt das Gesicht an, wird blau gefärbt, der Kranke verdreht die Augen, zerrt convulsivisch mit den Händen an seinem Unterkiefer und den Lippen, dass sie bluten, plötzlich stürzt er zusammen, und windet sich am Boden mit stark nach rückwärts gebeugtem Kopfe und schäumendem Munde, bis nach kurzer Zeit eine Remission eintritt, die den Armen für den Moment vor dem Tode des Erstickens verwahrt. Pat. ist jetzt durchaus des Sprechens unfähig, und drückt bloss durch eine schauerliche Mimik seine Leiden aus.

Jeder Versuch, ihm Speisen, Getränke oder Medicamente beizubringen misslingt, denn wenn es auch momentan möglich ist, die Lippen so weit von einander zu entfernen, um eine elastische Röhre durch die oben angeführte Zahnlüke in die Mundhöhle zu leiten, und durch selbe Flüssigkeit einzuflössen, so lässt doch der Krampf, der die Muskeln des Schlundkopfes zusammenschnürt, das Weiterdringen der Flüssigkeit nicht zu. Die Dyspnöe steigert sich durch die eingeflösste Flüssigkeit bis zur Apnöe, es wird das Medicament gewaltsam wieder ausgespritzt, um nur bald möglichst den kleinen Raum für den Luftzutritt frei zu machen. Der Puls ist bei den stets vibrirenden Muskeln der Extremitäten kaum zu fühlen, um so viel weniger seine genauere Beschaffenheit zu bestimmen. Bei gelindem Druck auf die Wirbelsäule des Nackens zeigt sich eine deutliche Empfindlichkeit (locale Spinalirritation vielleicht), die an andern Orten der Rückenwirbelsäule nicht vorhanden ist.

Es wurde mit vieler Mühe im Augenblicke einer Remission ein Aderlass gemacht, und durch selben acht Unzen dunkeln, zähen, schmierigen Blutes entleert. Es wurden ferner zwei Vesicantien vor die Ohren an die Jochbeingegend von der Grösse eines Kupfergroschens gelegt, und nach abgenommener, in eine Blase erhobener Epidermis endermatisch, durch Einstreuung angewandt: *Acetalis morphii*, *Amyli puri aa. grana duo Misceat. S.* Streupulver. Ferner alle 3 Stund ein *Clysma laxans.*

Den 31. Juli. Die vorhin beschriebenen Anfälle dauerten die ganze Nacht hindurch fort, es zeigte sich auch nicht die geringste günstige Veränderung. Drei Stuhlgänge waren erfolgt. Es wurde nun ein laues Bad verordnet. In selbem jedoch steigerte sich der Krampf der Art, dass wir es mit einem deutlichst ausgesprochenen Opisthotonus zu thun hatten. Auf diese missliche Erscheinung wurde der Kranke augenblicklich aus dem Bade entfernt.

Nachmittags. Der Thorax ist bei der Respiration unbeweglich, bloss das Zwerchfell und die Bauchdecken vermitteln das' Athmungsgeschäft. Momentan scheint Pat. gar nicht zu athmen, bis plötzlich durch die engen Zwischenräume der Zähne mit einem zischenden Geräusch hastig, und ängstlich Luft eingesogen wird. Zur kräftigen Ableitung wurden folgende Clysmata verordnet: *Tart. emetici grana decem*, *Aquae communis libr. unam. Det.* zu zwei Clystieren. Gegen Abend liessen die Anfälle an Heftigkeit nach, ja sie setzten im fernern Verlauf gänzlich aus, es trat Sopor ein, mit bedeutender Blässe des Gesichtes und hohem Verfall desselben. Um 8½ Uhr Abends starb Pat. vollkommen ruhig.

Eine Stunde nach dem Tode war der Krampf gelöst, und die Beweglichkeit des Unterkiefers vollkommen wieder hergestellt.

Zwei Tage später wurde die Section gerichtlich vorgenommen, und ergab Folgendes:

Eine 1½ Zoll lange eiternde Wunde auf dem Nasenrücken, Hyperaemie der grossen Gehirnsubstanz, zumal im Pons, und der *Medulla oblongata*, Decomposition der Blutmasse.

Pyothorax lateris sinistri, nach aussen geborsten, und nach Verlauf von sechs Monaten geheilt.

Vom Med. et Chir. Dr. Franz Baucek, obrigkeitlichem Arzte zu Podiebrad.

P. A., 9 Jahre alt, aus Woseczek, von gesunden Eltern abstammend, schwächlich gebaut, stets gesund, erhitzte sich beim Nachhauselaufen aus der Schule, und bekam Stechen auf der linken Seite, schweren Athem, trockenen Husten, schlechten Appetit, wozu sich allgemeine Schwäche

gesellte. Da ungeachtet verschiedener Hausmittel, besonders des hier üblichen, wiederhohlten Schmierens mit fettigen Substanzen der Zustand sich stets verschlimmerte, die Athmungsbeschwerden bei anhaltendem Husten und Stechen zunahmen, und die Schwäche und Abmagerung immer fortschritt, so suchten die Eltern nach fünfwöchentlicher Dauer der Krankheit ärztliche Hülfe. — Ref. fand den linken Brustkorb im Vergleiche mit dem rechten auffallend ausgedehnt, im ganzen Umfange beim Drucke schmerzhaft, bei der Percussion durchaus dumpfen Schall gebend, bei der Auscultation kein vesiculäres Athmungsgeräusch hörbar, das Herz nach rechts verdrängt, die Spitze desselben unter der rechten Brustwarze fühlbar, das Athmen beschleunigt, schwer und schmerzhaft, den Husten häufig mit einem speichelartigen Auswurf, die Lage auf der kranken Seite. —

Da die Aufsaugung des bedeutenden Exsudates theils wegen der langen Dauer, theils wegen den herabgekommenen Kräften nicht zu erwarten war, so trug Ref. wiederholt auf eine Punction an, welche aber von den Eltern, die ihr Kind lieber sterben als operiren lassen wollten, stets verweigert wurde. — Während des Gebrauches von *Inf. digit. cum cremore tart. et oxym. scil.*, Einreibungen der grauen Quecksilbersalbe nebst warmen erweichenden Umschlägen bildete sich allmälich unter der linken Brustwarze eine erhabene, schmerzhafte, schwappende Geschwulst, welche in der siebenten Woche der Krankheit mit bedeutender Erleichterung der Athmungsbeschwerden aufbrach, und eine Menge grüngelblicher, dicklicher, eiterartiger Flüssigkeit entleerte, welche beim tiefen Athemhohlen, Husten, bei stärkerer Bewegung des Körpers, während dem Drängen zur Stuhlentleerung, besonders in den ersten Tagen, in einem Strahle herausgetrieben wurde. — Einige Tage später entwickelte sich in dem nächsten, unter der Wundöffnung gelegenen Zwischenrippenraume eine ähnliche fluctuirende Geschwulst, welche aufgebrochen dieselbe Flüssigkeit wie oben entleerte, so dass das Exsudat nun durch beide Öffnungen abfliessen konnte; die, die beiden Wunden verbindende Hautbrücke war längere Zeit geröthet, geschwollen und schmerzhaft. — Der Ausfluss der, der Consistenz und äusseren Beschaffenheit nach meist gleichen Flüssigkeit war durch mehrere Wochen sehr bedeutend, so dass mehrfach zusammengelegte Compressen öfters im Tage gewechselt werden mussten; dabei sank der linke Brustkorb

(da die Lunge sich nicht in dem Maasse ausdehnte, als es der Raum durch die entleerte Flüssigkeit erheischte) im ganzen Umfange immer mehr ein, die Percussion wurde heller, das vesiculäre Athmen undeutlich hörbar, das Herz rückte unter das Brustbein, die rechte Seite erweiterte sich, das Athmen wurde freier, der Husten seltener. — Bei dem grossen Säfteverluste war die Schwäche so bedeutend, dass man an dem Aufkommen der Kranken zweifelte; die Erhohlung ging, durch eine nährende Diät unterstützt, nur sehr langsam vorwärts, nahm in dem Grade zu, als der Ausfluss geringer wurde, bis nach 6monatlichen Leiden mit der völligen Vernarbung der Wunden die frühere Gesundheit hergestellt wurde.

Seitdem sind zwei Jahre verflossen, binnen welcher Zeit das Mädchen im Wachsthum schnell vorgeschritten ist. Die linke Brusthälfte ist bedeutend eingefallen, die rechte dagegen mehr ausgedehnt, so dass der Unterschied am unteren Umfange des Brustkorbes zwei Zoll beträgt; das Brustbein hat eine schiefe nach rechts abweichende Richtung, die Wirbelsäule ist in der oberen Brustgegend nach rechts, in der unteren aber bedeutend nach links gekrümmt, die linke Schulter steht viel tiefer als die rechte, der Herzschlag ist nahe am Brustbein fühlbar, die Percussion links etwas gedämpft, das Athmungsgeräusch undeutlich. Das Mädchen klagt ungeachtet dieser Verunstaltung des Brustkorbes über keine Athmungsbeschwerden, kann laufen, tanzen und angemessene Arbeiten verrichten.

Pneumo-pyothorax cum bronchiis communicans, punctio reiterata, fistula pectoris; Besseruug.

Von Demselben.

W. A., 24 Jahre alt, Schuhmachergesell von Podiebrad, überstand vor zwei Jahren einen Bluthusten, litt angeblich seit einem Jahre an Schwerathmigkeit, häufigem Husten mit reichlichem dicklichtschleimigem Auswurf, bemerkte seit längerer Zeit eine deutliche Schwappung in der linken Brust, wurde immer schwächer und mägerer, konnte aber noch immer herumgehen, und leichte Arbeiten verrichten; seit 14 Tagen nahmen die Brustbeschwerden und die allgemeine Schwäche so überhand, dass der Kranke bettlägerig wurde, und einen heftigen mit häufigen Erstickungszufällen verbundenen Husten und einen reichlichen eiter-

artigen Auswurf, der bei der Neigung des Körpers auf die rechte Seite aus der linken Brusthöhle herzurühren schien, bekam; er bemerkte das Schlagen des Herzens auf der rechten Seite, klagte über Brennen im linken Schulterblatte, und lag mehr auf der gesunden Seite. — Bei der am 9. März 1845 vorgenommenen Untersuchung ergab sich: eine mässige Ausdehnung der linken Brusthälfte, besonders im unteren Umfange, die Percussion oben voll und hell, metallisch klingend, nach unten dumpf (der dumpfe Ton änderte sich bei verschiedenen Lagen des Körpers), kein vesiculäres Athmen; bei jeder Erschütterung des Körpers deutlicher metallischer Klang, der vom Ref. noch nie so ausgezeichnet vernommen wurde, überdiess so starkes Fluctuationsgeräusch, dass es auf mehrere Schritte von den Umstehenden zu hören war, der Herzschlag unter der rechten Brustwarze fühlbar. — Zur Erleichterung der Beschwerden wurde am 13. März im Beisein hiesiger Collegen die Punction unter der linken Brustwarze zwischen der 6. und 7. Rippe mit einem einfachen Troicart (da beim Vorhandensein atmosphärischer Luft in dem Brustraume keine Vorsicht wegen Lufteindringens nöthig war) gemacht, und 3 Seidel grünlicher, dicklicher, eiterartiger, mit Luftblasen untermischter Flüssigkeit (von derselben Beschaffenheit war in der letzten Zeit auch der reichliche Auswurf, wie der Kranke und dessen Umgebung versicherten) entleert, worauf das Herz nach links verrückt, der Hustenreiz geringer und die Lage auf der kranken Seite gestattet wurde. Da die Wundeöffnung schon den zweiten Tag versiegte, und das Exsudat sammt den Athmungsbeschwerden zunahm, so verrichtete Ref. zum zweitenmale die Punction in demselben Zwischenrippenraume, wie früher, nur mehr nach rückwärts, wobei sich der in geringerer Menge ausgeflossene Eiter dicklicher zeigte. Um das Schliessen der Wunde zu verhüthen, wurde eine Darmsaiten-Bougie eingeführt und den folgenden Tag herausgenommen. Seitdem hält der Ausfluss ungestört an, das Athmen ist freier, Husten mit einem speichelartigen Auswurf (ein Beweis, dass die Communication mit den Bronchien bereits aufgehört haben musste) gelinder Appetit und Schlaf besser. — Später schob sich die Haut mit der äusseren Wundöffnung nach aufwärts, war in der Gegend der inneren Öffnung stets von dem gesammelten Exsudate geschwollen, wodurch theilweise die freie Communication der äusseren Luft mit dem Brustraume unterbrochen wurde; zeitweilig begleitete den Ausfluss ein gelinder Knall, welcher durch die beigemischten und geplatzten Luftblasen erzeugt wurde. —

In den folgenden Monaten sank der linke Brustkorb im ganzen Umfange ein, die Fluctuation und der metallische Klang waren noch lange hörbar, bis sie ganz verschwanden, der Husten wurde seltener, und der Appetit so wie das Aussehen immer besser; der Kranke konnte wieder herumgehen und sich des Lebens freuen, nachdem er allgemein aufgegeben war. — Verstopfte sich manchmal die Wundöffnung, so wurden die Brustbeschwerden gleich rege, Dyspnöe, vermehrter Husten, gestörter Appetit und Fieber stellten sich ein, und der Kranke musste durch erweichende Umschläge den Fluss hervorzubringen trachten, worauf die enthaltene grünlichte, geruchlose eiterartige Materie (wie nach der Punction) oft in einem Strahle ausfloss, und nicht selten mehr als ein Seidel betrug. — (Ein Jahr nach der Punction.) Die linke Brust eingesunken, im unteren Umfange um $1\frac{1}{2}$ Zoll enger als die rechte, die linke Schulter steht tiefer, der gleichseitige Arm ist schwächer, die Wirbelsäule in der Brustgegend nach rechts, in den Lenden nach links gekrümmt; die Percussion links meistens dumpf, kein vesiculäres Athmen, kein metallisches Klingen, kein Fluctuationsgeräusch hörbar; die Entleerung durch die Fistelöffnung hält im mässigen Grade an, und wird durch Sprechen, tiefes Athmen und jede Bewegung vermehrt. Beim Athmen erweitert sich bloss die rechte Brust, die linke bleibt unbeweglich, der Husten ist nur zeitweilig mit einem speichelartigen schleimigen Auswurf. — Das Befinden des Kranken war in den Wintermonaten im ganzen nicht so gut, als im verflossenen Sommer; indessen steht zu erwarten, dass der Kranke in der kommenden wärmeren Jahreszeit sich so weit erhohlen wird, dass der Ausfluss endlich aufhört, die Fistel heilt und die frühere Gesundheit zurückkehrt. —

Fall von einem Bluter.

Von Demselben.

J. W., zwei Jahre alt, aus dem Dorfe Zbozi, von gesunden Eltern abstammend, von zarter Körperbeschaffenheit, mit feiner weisser Hautoberfläche, blutet seit einem Jahre bald aus dem Zahnfleische, bald aus der Zunge, sehr häufig aus der Nase, oft aus unbedeutenden Hautaufschürfungen, bisweilen aus den Füssen, welche anschwellen, an einzelnen Puncten aufspringen und bluten, und manchmal ist die Blutung so stark

dass selbe kaum gestillt werden kann; demohngeachtet erhohlt sich das Kind immer schnell und sieht blühend aus; jedes Anstossen erzeugt gleich eine grosse, bläulich gefärbte Narbe. Die Eltern haben bereits ein Kind mit $2^1/_2$ Jahren an solchen Blutungen verloren; sie haben gegenwärtig auch einen 6 Monate alten Knaben, der bereits am Nasenbluten leidet.

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

A. Pathologische Chemie.

Über die Blutbeschaffenheit bei Wechselfiebern und der Ruhr. Von Leonard und Foley. — Die Wechselfieber. 1. Bei reinen Wechselfiebern, ihr Typus sei welcher immer, variirt das Verhältniss des Faserstoffes des Blutes, jedoch in den physiologischen Gränzen; d. h. es übersteigt weder das Maximum, noch fällt es unter das Minimum der physiologischen Menge; 2. bei Recidiven vermindert es sich, ohne jedoch unter das physiologische Minimum zu sinken; 3. der Übergang des Fiebers in den remittirenden oder continuirenden Typus ändert diese Verhältnisse nicht; 4. nur rein entzündliche Complicationen vermehren das Fibrin; 5. diess thun auch Congestionen verschiedener Organe, wenn sie sich dem entzündlichen Character nähern; 6. die Ursache, welche einen Übergang des Fiebers in einen bösartigen Zustand bedingt, mag wohl einigen Einfluss auf die relative Fibrinmenge haben; 7. die Vergrösserung der Leber bei Wechselfiebern kann so wenig als der typhöse Zustand der Defibrination des Blutes zugeschrieben werden; 8. eine Vermehrung der Blutkügelchen bei Wechselfiebern ist bloss eine Ausnahme von der Regel, — gewöhnlich bleiben sie sich gleich, oder sie vermindern sich; 9. diese Verminderung wird aber erst bemerkbar bei langer Dauer der Krankheit, bei Recidiven und Schwäche des Gesammtorganismus; 10. obgleich bei bösartigen Formen des Wechselfiebers das Verhältniss der Blutkügelchen ein grösseres war, so stellt sich doch keine Verbindung dazwischen heraus; 11. die festen Bestandtheile, und zwar die organischen und unorganischen des Serums zeigen Neigung, sich zu vermindern; 12. die Abnahme des Albumens ist auffallend; 13. die in siedendem Wasser löslichen Bestandtheile sind vermehrt; doch scheint diess nicht den Wechselfiebern allein characteristisch zu sein; 14. die im siedenden Alcohol löslichen Bestandtheile zeigen kein bestimmtes Mengeverhältniss; 15. das Blutwasser ist selten vermindert, meistens sogar deutlich vermehrt und zwar auf Kosten der Blutkügelchen.

Die Folgerungen aus diesen Sätzen sind: 1. die Blutentmischung bei Wechselfiebern kann nicht als die primäre oder entferntere Ursache der Krankheit betrachtet werden, sondern ist die Folge derselben; 2. diese Veränderung der Blutcrase, welche auch bei längerer Dauer anderer Krankheiten auftritt, hat nichts Characteristisches, als dass sie viele Bestandtheile des Blutes auf einmal befällt; 3. wenn die Entwicklung der Wechselfieber, wie Einige annehmen, das Resultat einer Blutvergiftung ist, so ist noch immer das Princip, welches dieselbe hervorbringt, unbekannt, und die ersten Zeichen der beginnenden Krankheit können eben so gut einer krankhaften, irgend einen Theil des Nervensystems befallenden Ursache zugeschrieben werden; 4. die Untersuchungen der Humoralpathologie sind eben so wenig von den Vorwürfen frei, die man der pathologischen Anatomie macht; sie lüften ebenso wenig den Schleier, der das Wesen der Krankheiten deckt; 5. dennoch sind sie ein Schritt vorwärts zur Kenntniss der Veränderungen, die die festen Bestandtheile eingehen; 6. auf das Studium der Flüssigkeiten des menschlichen Organismus sollte das Studium der Gesetze folgen, nach welchen die Kraft wirkt, welche die zusammensetzenden Systeme des thierischen Organismus leitet.

Die Ruhr. 1. Von 6 Fällen war der Blutfaserstoff 4mal vermehrt, 2mal unverändert; es ist die Ruhr daher zuweilen Resultat oder Begleiterinn einer Entzündung; oder sie besteht ohne dieselbe; 2. die Dauer der Krankheit hat keinen Einfluss auf diese Fibrinverhältnisse; 3. die Blutkügelchen nehmen ab; 4. die festen Bestandtheile waren 4mal normal, nie vermehrt; 5. die organischen Bestandtheile 4mal vermindert, 2mal unverändert; 6. die unorganischen immer normal; 7. Albumen 3mal vermindert; 8. die (4mal untersuchten) im heissen Wasser löslichen Bestandtheile fanden sich sehr vermehrt, die im Alcohol löslichen 1mal vermehrt, 3mal vermindert; 9. das Wasser war 4mal vermehrt, 2mal normal. (*The northern Journal of Medicine. Vol. 4. Nr. 1. January 1846.*)

Pissling.

Speichelfluss und Analyse des Speichels und Harns. Von Glover. — Die Kranke, 35 Jahre alt, aus der arbeitenden Classe, zog sich einst durch eine zu grosse Anstrengung beim Heben einen Schmerz in der linken *Regio iliaca* mit Pulsation zu. Diess verschwand jedoch wieder, und sie litt nur an Blähungen. Vor 2 Jahren begann plötzlich ein bedeutender Speichelfluss während des Tages; während sie schlief, hörte die Secretion auf. Zu gleicher Zeit fühlte sie Schmerz in der

Oberbauchgegend, und der Harn wurde sparsamer entleert. Häufig fühlte sie Kopfschmerz. Der Speichel betrug im Allgemeinen täglich über eine Pinte, der Harn die Hälfte dieser Quantität. Bald verminderte sich die Secretion des Speichels, er wurde klar, sein Geruch verbesserte sich; die Zunge war rein und roth, grosser Durst, bedeutender Schmerz beim Druck auf die *Regio epigastrica*; längs den Lendenwirbeln und in der linken Lendengegend Empfindlichkeit, Erstarrung des rechten Armes; oft trat Schwindel ein; starke Nachtschweisse und bedeutende Abmagerung. Die verschiedenste Behandlung war erfolglos. Der Speichel betrug 12—14 Unzen, und enthielt bisweilen dunkle Flocken, wobei er dann einen üblen Geruch hatte. Der Harn betrug 8—12 Unzen, specifisches Gewicht 1032—35. Die chemische Untersuchung des Harnes erwies in 1000.00 Theilen 934.16 Wasser und 65.84 feste Bestandtheile. Unter diesen waren Harnsäure 0.70, Harnstoff 16.20, Salze 15.70, und Rest 33.24. Die Reaction war sauer. Der Speichel war schwach alcalisch, vom specifischen Gewichte 1004.2. In 1000 Theilen waren 4.00 Flocken (Ptyalin.) In 1000 Theilen filtrirten Speichels fand man 995.50 Wasser und 4.50 feste Bestandtheile. Darunter waren Schwefelcyanür und Chlorcali 0.14, Fett und thierische Extractivstoffe löslich in Alcohol 0.42, thierische Extractivstoffe löslich in Wasser 1,53, Chloride 0,25, Eiweiss und Schleim 0,40, kohlensaure und phosphorsaure Alcalien 1,43, Erdphosphate 0,13, Verlust 0,20. Es waren demnach die thierischen Extractivstoffe und die Salze vermehrt. Die Kranke erhielt jeden Abend eine Pille aus Campher und Opium, und zeitweise ein Purgans. Die Menge des Harns nahm zu, der Speichelfluss verminderte sich, doch so, dass, wenn letzterer stärker wurde, die Harnentleerung wieder sparsamer war. Ein solcher Wechsel trat öfters ein, und bisweilen war der Speichel mit Blut gemischt. Die Behandlung bestand in der Folge im Gebrauche diaphoretischer, beruhigender und eröffnender Mittel, doch hatte sie sehr geringen Erfolg. Es schien diese Krankheit von einer verkehrten Harnabsonderung herzurühren, welche vielleicht in einer äusseren beleidigenden Einwirkung ihren Grund hatte. (*London Medical Gazette. Febr. 1846.*) *Meyr.*

B. Pharmacologie.

Über die Einwirkung des Jodcali in grossen Gaben. Von Stubenrauch. — Da wir wegen Raummangel des Verf. Versuche, lediglich an Kaninchen vorgenommen, nicht wiederholen können, so begnügen wir uns damit, die Resultate anzusetzen: 1. Physiologische Wirkungen grosser und kleiner Gaben, die sich bei allen Versuchen bestätigten. Bedeutende Verlangsamung der Athembewegungen, bei grossen und kleinen Gaben reichliche Absonderung eines anfangs wie bei Kaninchen immer trüben, dann wasserhellen Urines, Erlöschen der peristaltischen Bewegung und Reizbarkeit der Muskeln nach dem Tode, mehr weniger heftige Entzündung des Magens. Das Herz war zusammengefallen, gänzlich blutleer, oder sehr geringe Mengen geronnenen Blutes enthaltend; das dünnflüssige kirschrothe Blut gerann nur sehr schwer und wenig. Die Nieren waren blutleer, der Dickdarm normal. 2. Resultate, die bei einzelnen Versuchen abwichen. Die Thiere entleerten bei einzelnen Versuchen weichen Koth, der dann auch das Rectum erfüllte, bei anderen geballte, steinharte Fäces. Bei langem Verweilen der Lösung des Salzes im Magen war derselbe an einzelnen Puncten angeätzt, die Ätzungsfläche erschien in Vergleich zu der entzündeten stets sehr gering. Die dünnen Gedärme waren in ihrem ganzen Verlaufe oder nur an den Stellen entzündet, wo Koth sich angehäuft hatte. In einzelnen Fällen, wo sich ein gelblicher Schleim vorfand, war der Dünndarm gar nicht entzündet. 3. Microscopische Untersuchungen. Das Capillargefässnetz der eigenthümlichen Haut des Magens war bei allen Versuchen mit Blut erfüllt; die in den Gefässen stockenden Blutkörperchen konnte man deutlich sehen. Die kleinen runden Zellen des Magensaftes waren stets kernlos, zusammengezogen und façettirt, die Cylinderzellen des Dünndarmes so wie die Blutkörperchen in allen Versuchen normal. In dem trüben Harne sah man den Inhalt der Bellini'schen Röhrchen in grossen Mengen. — 4. Chemische Analyse des Harnes. Der Urin, mit einigen Tropfen Salpetersäure angesäuert und mit 90 Theilen destillirten Wassers verdünnt, gab der Stärke, die in heissem Wasser gelöst war, eine intensiv veilchenblaue Farbe. Bei einem anderen Versuche wurden 7 Gran Urin mit einem Pfunde Wasser verdünnt, mit einigen Tropfen Schwefelsäure versetzt und in einer Flasche aufbewahrt, deren Pfropf aus mit Kleister getränkter Leinwand bestand. Der Pfropf färbte sich nach einer Stunde rothblau. Eine Mischung von Chlorwasser und Kleister färbte eine sehr verdünnte Harnauflösung blau, kurz, alle Reagentien weisen das Jod und das Jodcali unzweifelhaft auch quantitativ nach. Auf 100 Gran des Urines kam über 1 Gran reines Jod. — Die Hauptergebnisse dieser Beobachtungen sind folgende: 1. Das Jodcalium wird schnell vom Magen aus absorbirt und vorzüglich durch die Nieren wieder ausgeschieden; — 2. es entzündet so heftig den Darmcanal, dass in ihm fast die ganze Blutmasse gehäuft zu sein scheint, daher die Kälte der Thiere und die Anämie in anderen Organen; — 3. die Centralorgane des Nervensystemes werden durch das Jodcalium nicht betheiligt; — 4. aus dem verlangsamten Athem und dem gleichfalls verminderten Herzschlage lässt sich indess auf ein Ergriffensein des *N. vagus* schliessen; — 5. das Jodcali hat eine eigenthümliche entmischende, verflüssigende Kraft auf das Blut, da dasselbe in allen Versuchen dünnflüssig und kaum gerinnbar war; doch scheint der Grund letzterer Erscheinung nicht in der verminderten Plasticität zu liegen, sondern in dem directen Übergange des Jodcaliums, das auch frisch gelassenes Blut am Coa-

guliren hinderte, und in einigen Fällen bloss ein schwieriges Coagulum zuliess; — 6. ob Paralyse und Anämie der Lungen und des Herzens etc. Todesursache seien, ist ungewiss, doch war bei den Versuchen die Entzündung des Magens und der Därme, die bisweilen bis zum Blutextravasat gesteigert war, bedeutend genug, um für sich den Tod herbeizuführen; — 7. ganz kleine Dosen des Jodcali, z. B. nach Ruete $\frac{1}{10}$—$\frac{1}{8}$ Gran, scheinen dem Verf. für den Heilzweck zu klein zu sein, während demselben die von Pauli, Wallace, Ebers u. A. vorgeschlagenen Gaben zu mehreren Drachmen täglich, schon in Berücksichtigung der örtlichen Einwirkung auf die Gewebe des Darmcanales zu beträchtlich vorkommen. (*Medicinische Vereinszeitung. 1846. Nr. 11.*) *Blodig.*

C. Practische Medicin.

Über die Behandlung der Neuralgien durch China und ihre Präparate. Von Dr. Hermel. — Verf. knüpft an die Beobachtung von 9 Fällen verschiedener Neuralgien folgende Schlussbemerkungen. Es gibt essentielle oder idiopathische Neuralgien, die mit aussetzendem oder nachlassendem Typus auftreten, und diese sind es, die mit Erfolg durch China und Chinapräparate behandelt werden. Es gibt Neuralgien, die mit Fieberbewegungen im Gefolge von Frost oder Anfällen von Hitze, wie bei den Stadien des Wechselfiebers auftreten. Auch diese weichen dem Gebrauche des specifischen Antiperiodicum. Bei Krankheiten, die in ihrem Verlaufe eine grössere oder geringere Menge krankhafter Erscheinungen darbieten, wie Gicht oder Scropheln, verschwindet oft ein Symptom, z. B. der Goldaderblutfluss, und es tritt eine Neuralgie ein. Diese ist nur durch Wiederherstellung des krankhaften Blutflusses etc., keineswegs durch China heilbar. Bei Neuralgien mit intermittirendem Typus, die bloss Symptom eines andern atypischen Leidens sind, kann China benützt werden, um den nervösen Schmerz zu beschwichtigen. Man kann übrigens besonders bei reinen Neuralgien nicht mit Sicherheit darauf rechnen, dass die nach Verabreichung des Mittels auftretenden ersten Anfälle schon modificirt erscheinen. So wie intermittirende Fieber sind auch intermittirende Neuralgien zu Rückfällen sehr geneigt. Man' setze daher auch bei letzteren die Anwendung der China und ihrer Präparate, selbst nach dem Schwinden aller Symptome noch beiläufig durch eine Woche fort. Die China kann übrigens das schwefelsaure Chinin nicht ersetzen, und umgekehrt; oft ist es nöthig, sie in Verbindung zu verabreichen. In Bezug auf die richtige Gabe des schwefelsauren Chinins lassen sich begreiflicher Weise keine festen Regeln aufstellen; doch mag man, wo nöthig bis auf 3, selbst 4 Grammen binnen 24 Stunden steigen, und wenn die Kranken über Funkensehen, Gesichtstäuschungen, Schwindel, Ohrensausen und Schwere des Kopfes klagen, die Gabe vermindern. Verf. fand folgende Formel seinen Zwecken entsprechend: *Julep gummos.* 120 Gramm., *Sulf. chinin.* 1—4 Gramm., Schwefelsäure ebenso viel und eine hinreichende Menge einfachen Syrups. Er lässt diese Mischung am Ende der Anfälle, wenn diese einander sehr nahe stehen, oder in den freien Zwischenräumen auf 4mal nehmen. Sollten, selbst wenn man mit der Gabe des Chinins bis zu dem oben angegebenen Puncte gestiegen wäre, einzelne Erscheinungen fortdauern, so lasse man nach Tische einen Kaffeeaufguss für sich allein, oder wenn diess nicht genügen sollte, mit 2 bis 4 Grammen *Extract. Chinae* reichen. (*Gazette médicale de Paris. 1846. Nr. 8 et 9.*) *Blodig.*

Anwendung von Glycerine bei der Behandlung von einigen Hautkrankheiten. Von W. Seller. — Wenn man Bleiglätte und Öhl zusammen mit etwas Wasser kocht, so sondert sich eine Substanz von süssem Geschmacke ab, und bleibt im Wasser gelöst. Diese ist das Glycerin. Die therapeutische Anwendung desselben wurde von Startin vorgeschlagen. Seine Wirksamkeit beruht wahrscheinlich auf der Eigenthümlichkeit, der Verdunstung zu widerstehen. Eine Lösung von einer halben Unze mit 10 Unzen Wasser hindert, dass die Haut nicht trocken werde. Man kann es auch mit Erfolg Breiumschlägen und Bädern zusetzen. Es soll bei Psoriasis, Pityriasis, Lepra und Ichthyosis vortreffliche palliative Wirkungen erzielen. Da das Glycerin sich nicht mit den Seifen vereinigt, so muss man es in den Seifensiedereien erhalten können. Wenn es nach der oben angegebenen Methode bereitet wird, so muss das Bleioxyd, welches zugleich mit demselben in das Wasser übergeht, durch Hydrothionsäure und das Wasser durch Evaporation entfernt werden. Glycerin besteht aus Carbon, Hydrogen und Oxygen mit Wasser ($C^6H^7O^5+HO$); ist eine nicht crystallisirende durchscheinende Flüssigkeit von Syrupsconsistenz, im reinen Zustande farblos, gewöhnlich aber gelblich gefärbt, was durch etwas thierische Kohle entfernt werden kann. Es ist geruchlos, von süssem Geschmacke, schwerer als Wasser 1,250—1,280; löslich in Wasser und Alcohol, unlöslich in Äther. Es zieht aus der Luft Feuchtigkeit an sich; bei erhöhter Temperatur siedet es, ein Theil geht unverändert über, während der Rest in empyreumatische Öhle, Essigsäure und verbrennliches Gas sich verwandelt. Am Feuer brennt es mit heller blauer Flamme. In der Luft geht es keine Veränderung ein, und es kann nicht zur Gährung gebracht werden, selbst wenn man Hefe hinzugibt. Salpetersäure verwandelt es mit einiger Schwierigkeit in Oxal- und Ameisensäure. Salpetersaures Quecksilber bildet einen starken weissen Niederschlag; mit Chlor bildet es eine weisse, flockige Masse, mit Brom eine dichte öhlige Flüssigkeit. Mit Kupfersalzen gekocht, fällt es das metallische Kupfer. Das doppelt essigsaure Blei gibt keinen Niederschlag, und in der Hitze löst das Glycerin das Bleioxyd. Mit Schwefelsäure bildet es eine zusammengesetzte Säure; diese bildet mit Basen Salze, welche löslich sind; der schwefel-glycerinsauere Kalk crystallisirt in langen zarten Nadeln. (*Northern Journal of Medicine. March. 1846.*) *Meyr.*

D. Pädiatrik.

Zur Behandlung des Cephalaematoma. Von Henderson. — Nach H.'s Behauptung ist es, wenn die Blutgeschwulst unter dem Pericranium ihren Sitz hat, am besten, am 5. Tage nach der Geburt eine Lancette durch die äussere Kopfhaut durchzustechen, letztere dann ein wenig zu verschieben, und nun die Lancette in die Geschwulst zu senken. Sodann soll man den Blutinhalt herausquetschen, und die Nachbehandlung, die in lauwarmen Bädern des Morgens und Abends besteht, einleiten. (*Northern Journal* im *Journal für Kinderkrankheiten VI. Bd. 2. Hft*). *Blodig.*

Über Gesichtslähmung bei Neugebornen. Von Dubois. — Verf. behauptet, die Lähmung einer oder der andern Gesichtshälfte sei nicht selten nach Anwendung der Zange; die Erscheinungen dieses Leidens bei Kindern gleichen durchaus dem bei Erwachsenen. D. sucht den Grund der Affection in dem Drucke auf den *N. facialis* durch einen der Zangenarme, da er sie sehr selten spontan oder aus andern Ursachen entstanden beobachtete. So zeigte er ein Kind vor, das ohne alle Instrumentalhülfe geboren worden war; die Geburt ging regelmässig und leicht vor sich, und doch war die eine Gesichtshälfte desselben gelähmt, was D. nur aus dem Drucke des Gesichtes von Seite des Beckens der Mutter erklären zu können glaubte. Eine genaue Untersuchung der Mutter zeigte, dass an der linken Seite des Beckens eine Exostose sass, wovon der Druck auf den Facialis des Kindes hergekommen sein kann. Die Erklärung für den Umstand, dass das Kind mit normaler Hinterhauptslage geboren, linkerseits gelähmt war, während nach obigen die Lähmung rechterseits hätte Statt haben sollen, sucht D. in den Rotationsbewegungen des Kindes während der Geburt, obwohl er hinzufügt, dass die Lähmung auch von einem Tumor innerhalb des Schädels herrühren könne (*Journal für Kinderkrankheiten. VI. Bd. 2 Hft*). *Blodig.*

Über Hydrocele bei Kindern, deren Varietäten und Behandlung. Von Guersant Sohn. — Nach G. kommen in der Kinderpraxis 3 Arten von Hydrocele sehr häufig vor. 1) Die angeborne Hydrocele, die mit dem Bauchfellsacke communicirt. Sie erscheint als renitente, fluctuirende, durchsichtige Geschwulst, die bei einigem Druck auf den untern Theil derselben verschwindet, durch Schreien, Gähnen, Husten etc. wieder hervortritt, meist einfach ist, d. h. weder eine Darmschlinge noch eine Portion des Netzes in ihrer Höhlung enthält. Die 2. häufigste Art gleicht der Hydrocele der Erwachsenen. Die Flüssigkeit kann nicht in die Bauchöhle zurückgedrängt werden. Die 3. am seltensten vorkommende Art besteht in einer eingebalgten Hydrocele des Samenstranges, hat den Umfang einer kleinen Nuss bis zu dem eines Taubeneies, folgt den Bewegungen des betreffenden Samenstranges, und folgt dem Hoden beim Herausziehen desselben. Für die erste Art der H. leisten weingeistige und adstringirende Umschläge, Abkochungen von Rosenblättern in rothem Wein, ammoniakhaltiges Wasser, Anwendung eines mässig zusammengeschnürten Tragbeutels, örtliche Bäder bisweilen erspriessliches, weniger bei lymphatischen, scrophulösen, schwächlichen, sehr zarten Kindern. Manchmal genügt eine einfache Punction zur Heilung. Ohne Kunstwirkung heilt sie nicht. Diese Art Hydrocele ist immer angeboren. — Sammelt sich nach der Punction die Flüssigkeit wieder an, so benützt G. zu Einspritzungen das *Infusum rosarum vinosum*, auch wohl die von Velpeau vorgeschlagene weingeistige Jodtinctur; ohne sich über den Vorzug der einen oder andern Methode deutlich auszusprechen, glaubt er bemerkt zu haben, dass letzteres Mittel schneller Heilung bewirkt als ersteres. Die Rückfälle auf einige Einspritzungen hängen nach G. davon ab, dass man einen Wein von zu guter Qualität nimmt, nach ihm passt der ordinäre rothe Kochwein von den Händlern mit Spiritus und Farbe, Holzdecocten verfälscht, der durch die Rosenblätter noch zusammenziehender wird, am besten. Die bei der Injection zu beobachtenden Vorsichtsmaassregeln sind die bekannten. (*Journal für Kinderkrankheiten. 1846. Februar. VI. Bd. 2. Hft*). *Blodig.*

Über Wiederbelebung scheintodt geborner Kinder durch Einblasen von Luft in die Lungen. Von Depaul. — Eine Abhandlung über diesen Gegenstand in Malgaigne's Journal für Chirurgie, Mai und Juni 1845, schliesst Verf. mit folgenden Ergebnissen. 1) Das Lufteinblasen in die Lungen, gewöhnlich als unwirksames Mittel betrachtet, hat unbestreitbare Vortheile. 2) Man kann durch dasselbe Kinder zum Leben zurückführen, die sonst dem Tode geopfert sein würden. 3) Die Idee eines Widerstandes der Lungenbläschen ist falsch. Zur Zerreisung derselben ist eine weit grössere Kraft erforderlich, als die zur Dilatation gewöhnlich verwendete ist. 4) Ist ein scheintodt gebornes Kind durch die gewöhnlich empfohlenen Mittel nicht zum Leben zu bringen, drohen im Gegentheile die schwachen Lebensspuren zu erlöschen, so darf man mit dem Lufteinblasen nicht länger zaudern. 5) Dieses gehörig verübt war in vielen Fällen von guten Folgen; bleibt es ohne Erfolg, so ist diess weniger der Insufflation als andern im Kinde liegenden Ursachen beizumessen. 6) Da diese Ursachen nicht vorhinein zu ermessen sind, so ist es Pflicht, das Lufteinblasen zu versuchen, das oft noch hift, wo alle andern Mittel im Stiche liessen. 7) Das einzige Mittel, die Luft auf eine gehörige Weise in die Luftwege zu führen, ist eine durch den Mund in den Kehlkopf geführte Röhre, wozu die Chaussier'sche Röhre mit geringer Modification allen andern Apparaten vorzuziehen ist. 8) Die von einem gesunden Menschen eingeathmete und direct mit seinem Munde in die Röhre hineingeführte Luft vereinigt die günstigsten Bedingungen, und hat durchaus keinen Nachtheil. 9) Oft sind einige Insufflationen hinreichend, oft sind sie ¼ — 2 Stunden lang fortzusetzen. 10) Die Einblasungen haben 10 — 12mal in der Minute zu geschehen, mit hinreichender Kraft und ohne Furchtsamkeit. 11) Nach jeder Inspiration ist die Retraction des Lungengewebes zu begünstigen, um die Luft so vollständig als möglich austreiben zu lassen und erneuern zu können; einiges

Drucken mit den die Brust des Kindes umfassenden Händen reicht dazu aus, und hat den besonderen Vortheil, den Kreislauf zu bethätigen. 12) Das Auftreten der ersten selbstständigen Einathmungen ist genau zu überwachen, damit man die Einblasungen fortsetzen oder unterbrechen könne, da eine Einblasung mit einer Inspiration nicht zusammentreffen darf. (*Journal für Kinderkrankheiten VI. Bd. 3 Hft*). **Blodig.**

E. Odontiatrik.

Ein vorzügliches Linderungsmittel des Zahnschmerzes. Nach Gaskoin und Rigby. — Kohlensaures Natron fein gepulvert und in den hohlen Zahn gebracht, so dass es ihn vollkommen ausfüllt, bringt nach G. den Schmerz unmittelbar oder nach wenig Minuten zum Weichen. Ob radicale Hülfe eintritt, wagt G. nicht zu behaupten, doch dauert der Nachlass viele Stunden, und Wiederhohlung des Mittels thut seiner Wirksamkeit keinen Eintrag. Die Wirkung scheint nach Verf. in der säuretilgenden Eigenschaft des Mittels begründet zu sein, da sich durch Lakmuspapier in dem kranken Zahne freie Säure nachweisen lässt. Entsteht der Schmerz von einem sich bildenden Abscesse, so hilft das Mittel nicht. — Ref. scheint den Gebrauch des *Carb. sodae* auf die Fälle beschränken zu wollen, wo die Ursache des Zahnschmerzes gastrische Zustände mit reichlicher Säurebildung sind. Der Schmerz tritt dann in mehreren Zähnen zugleich auf, nimmt oft die ganze Gesichtshälfte ein, und wird dem Gesichtsschmerz ähnlich. Der Kranke kann sodann den Zahn kaum entschieden genug bezeichnen, daher schon desswegen wie überhaupt G.'s Verfahren nicht überall helfen kann. Ref. erfuhr jedoch an sich selbst und andern vielfach, den Erfolg kleiner Gaben des Mittels mit Wasser innerlich genommen. (*Der Zahnarzt* und *Med. Centralzeitung 1846. Nr. 17*). **Blodig.**

3.
Notizen.

Über die geographische Verbreitung der Krankheiten in Peru. Ein Beitrag zur medicinischen Geographie von Dr. J. J. von Tschudi. Mitgetheilt vom Prof. Dr. Endlicher.

(Fortsetzung.)

Folgen wir Dr. Zschokke weiter in seinen Untersuchungen. S. 15 sagt er: Alle diese Knochen zeichnen sich durch die sehr weisse Farbe ihrer compacten Rindensubstanz aus, die fast überall, zumal an den Diaphysen der Röhrenknochen, in ihrer Integrität erhalten ist. Dabei besitzen sie alle eine auffallende specifische Leichtigkeit, was wohl zumeist auf Rechnung des Verlustes aller flüssigen organischen Materie gesetzt werden kann.

Die Mittelstücke der Röhrenknochen zeigen sich insoferne gesund, als sich an ihnen durchaus keine Veränderung wahrnehmen lässt, sowohl in Bezug auf ihre Form, Dicke der Wandungen, als das Ansehen der Corticalsubstanz. Dagegen dienen die Gelenkenden und deren nächste Umgebungen, also der mehr spongiöse Theil der Knochen, zur Localisationsstelle eigenthümlicher krankhafter Veränderungen. Diese verschiedenen Veränderungen sind: Wucherungen der diploëtischen Substanz der Gelenksenden, schwammige Exostosen und schwammige, keulenförmige Auswüchse.

An den Schädelknochen habe ich keine anormale Structur gefunden; nur bei einem Unterkiefer war der *Processus condyloideus* der rechten Seite ganz in der Weise überwuchert, wie die Gelenkköpfe, und der *Processus mastoideus* eines Schläfenbeines zeigte zwei keulenförmige Auswüchse von unbeträchtlicher Grösse. An einem *Os ilium,* das ich ebenfalls zurückgebracht habe, befinden sich eine Menge von schwammigen Exostosen, besonders am *Labium internum cristae,* von deren Mitte bis zur *Spina posterior;* auch an der *Facies auricularis* für die *Symphysis sacro-iliaca* sitzen einige kleine. Fünf dieser Exostosen haben die Grösse von zwei Linien und sind theils gestielt, theils sitzen sie mit breiter Basis auf. Bei einigen bemerkt man einen zarten, feinporigen Corticalüberzug, der bei andern fehlt. Am *Labium internum,* gegen die *Spina anterior superior,* sind mehrere gelblich gefärbte, muldenförmige Vertiefungen und leichte Erhabenheiten der Corticallamelle des Knochens mit haarförmigen Rinnen (auch bei der Tibia und dem Humerus sind mehrere solche bemerkbar), die Zschokke für Exostosen in ihrer ersten Entwicklung hält; auch unterhalb der *Superficies auricularis,* gegen den Pfannenrand des Darmbeins zu, kommen einige solche Stellen vor. Am *Labium externum cristae* sitzen einige schwammige Auswüchse auf ovaler Basis. Die Corticalsubstanz des Knochens zeigt rings um diese Exostosen ein strahlenförmiges Gefüge, welches nach einem von der Exostose gebildeten Mittelpuncte hin sich concentrirt.

Die übrigen Beckenknochen waren gesund; bei einem zweiten *Os ilium,* das aber bedeutend kleiner als das hier angeführte war, zeigten sich ebenfalls am *Labium cristae externum* eine Unzahl kleiner schwammiger Exostosen. Über die genauere Beschreibung der

übrigen Knochen verweise ich auf die angeführte Abhandlung.

Das Knochenpulver, welches ich beim Durchsägen der Tibia erhielt, wurde von Zschokke dem Dr. v. Bibra zur chemischen Untersuchung zugesandt. Die Analyse lieferte folgendes Resultat:

Phosphorsaure Kalkerde	62,46
Kohlensaure Kalkerde	6,04
Phosphorsaure Talkerde	1,10
Im Wasser lösliche Salze	Spur
Fette	0,60
Organische Substanz	29,80
	100,00

Mit dem Fette wurde auch eine kleine Menge Talgseife ausgezogen, was immer bei fossilen und sehr alten Knochen vorkommt.

Die microscopische Untersuchung ergab Folgendes: »In den Bruchstückchen der spongiösen Substanz zeigten sich keine Markcanälchen (es ist diess bei den dünnen Lamellen der spongiösen Substanz gesunder Knochen derselbe Fall, wenigstens kann man grössere Stücke derselben schleifen, ohne Markcanälchen zu finden). Bei einem Stückchen aber, welches der compacten Knochensubstanz angehörte, konnte man Markcanälchen bemerken, ganz wie in normalen Knochen.

In beiden Durchschnitten zeigten sich übrigens die Knochenkörperchen verändert, scheinbar grösser als bei gesunden Knochen, rundlich und mit einer grossen Menge von radienartigen Ausläufen versehen, die sich durch das ganze Gewebe verbreiteten und gegenseitig verzweigt waren.« — Dr. v. Bibra bemerkt dabei: »Ich habe ganz dieselben Erscheinungen neuerdings bei necrotischen Knochen und bei einem Knochenstücke (Unterkiefer) beobachtet, welches sich in der Nähe eines Krebsgeschwüres befand. — Es lässt sich vielleicht sagen, dass diese Überfüllung der feinen Gefässe des Knochens durch einen entzündlichen Zustand des letztern bedingt gewesen sei.«

Um das Eigenthümliche und von allen übrigen pathischen Knochenveränderungen Abweichende der von mir zurückgebrachten osteologischen Präparate klar hervorzuheben, will ich hier die Beschreibung der verschiedenen Exostosen, wie sie Dr. Zschokke gibt, mittheilen. (A. a. O. S. 23 ff.)

I. Spongiöse Wucherungen. Die massenhafte Zunahme der Diploë an den Gelenkenden der Röhrenknochen oder in deren unmittelbarer Nähe erscheint mir an den peruanischen Knochen das Wichtigste und Interessanteste zu sein; denn das ist eben die Form der Knochenentartung, die so wesentlich verschieden ist von allen andern bis jetzt bekannten pathologischen Entartungen.

Hat diese Wucherung die Gelenkenden unmittelbar befallen, so ist dadurch eine mehr oder weniger bedeutende Formveränderung derselben herbeigeführt; denn durch die Vermehrung der Diploë werden normale Vertiefungen und Einbiegungen ausgefüllt, selbst zu Erhöhungen umgestaltet, so dass normale Knochenvorsprünge in ihrer Nähe zum Theile oder ganz verschwinden.

Sind weniger die Gelenkenden als vielmehr der angränzende Theil der Epiphysen betheiligt, so zeigt sich die Wucherung der spongiösen Substanz niemals rings um den Knochen, nach Art einer Periostosis, sondern einseitig; und zwar ist es auffallend, dass es gewöhnlich diejenige Seite ist, mit welcher der Knochen mit einem andern in Berührung kommt, oder sich durch ein Gelenk mit demselben verbindet, oder doch an einer diesem Puncte sehr nahe liegenden Stelle. So sehen wir die grösste Masse der spongiösen Wucherung am Femur, an der innern untern Seite seines Gelenkkopfes, wo ihm die *Ossa pubis* zunächst liegen; an der Ulna an der vordern Seite zunächst ihrer mit dem Radius articulirenden Gelenkfläche; und diese selbst ist nach der Seite hin erweitert. Die merkwürdige Geschwulst am untern Ende der Tibia hat ihren Sitz zunächst an der mit der Fibula articulirenden Gelenkfläche. Auch diese ist mit in den Process hineingezogen.

Die Gestalt der Wucherungen ist unregelmässig, bald mehr rundlich, sphärisch, eckig, bald haben die Erhebungen das Ansehen einer höckerigen, gleichsam im Flusse erstarrten, porösen Knochenmasse.

Die Grösse ist sehr verschieden, bald beträchtlich, bald nur unbedeutend. Ihre Höhe und gleichzeitige Ausdehnung nach der Basis gaben mir die Veranlassung, sie von den eigentlichen Exostosen zu trennen.

Was den Inhalt der Geschwülste anbetrifft, so sind sie erfüllt von einer mehr oder minder feinmaschigen Knochenmasse, die sich gerade so verhält, wie die normale Diploë der Gelenkenden der Röhrenknochen überhaupt und jedes andern spongiösen Knochens. Das Leiden ist ja eben seinem Wesen nach nichts Weiteres als eine abnorme locale Vermehrung der Diploë, daher immer auf diploëtischer Basis, nie auf compactem Knochengewebe ruhend.

Dieses spongiöse Gewebe füllt gleichmässig die ganze Geschwulst aus, lässt in ihrer Mitte keinen freien Raum oder eine Cavität, steht auch nie mit dem *Tubus medullaris* in directer Communication; sondern die Diploë, die in gesunden Knochen stets die Markhöhle, zumal gegen die Gelenkenden hin, mehr oder wenig dichtmaschig anfüllt, quillt gleichsam von innen nach aussen hervor, resorbirt die compactere Knochenmasse, wenn sie solche antrifft, und behält bloss die Corticalsubstanz als Überzug. Diese, wo sie sich als Decke der wuchernden Massen erhalten hat, zeigt, genau betrachtet, nichts Abnormes von der gesunden. An wenigen Stellen nur ist sie auf eine Weise verändert, dass man diess mehr dem Alter der Knochen und ihrer Verwitterung, als der Krankheit selbst zuschreiben möchte. Diess lässt sich um so mehr vermuthen, da die *Substantia corticalis* an ganz gesunden Knochenpartien dieselbe Aliena-

tion darbietet und das Aussehen hat von faserigem, asbestähnlichem Gewebe.

Durch die so eben angeführten Eigenschaften unterscheiden sich diese krankhaften Metamorphosen der peruanischen Knochen wesentlich von allen bisher bekannten ähnlichen Processen, die in und an Knochen mit Volumszunahme vorkommen, wie von Osteoporosis, von Exostosen und *in specie* den schwammigen Exostosen, den Osteophyten und den möglichen Ausgängen dyscrasischer und anderer Entzündungen.

Um diess zu beweisen, führt der Verfasser die unterscheidenden Merkmale der obengenannten Hyperostosen an, und folgt dabei dem trefflichen Handbuche von Rokitansky (Handbuch der pathologischen Anatomie, Bd. II. 1842). Diesen Angaben zufolge unterscheiden sich die pathischen Producte der peruanischen Knochen von Osteoporose vorzüglich darin, dass die angeführten Knochen nicht an einer Veränderung in ihrer Totalität leiden, sondern dass bloss einzelne bestimmte Abschnitte derselben ergriffen sind; ferner, dass nirgends eine Rarefication der Knochenmassen, Schwinden und Eingehen derselben und Bildung von Höhlen, mit weitläufigem, diploëtischem Maschennetze zu bemerken ist, sondern nur Vermehrung der dem äussern Ansehen nach normalen spongiösen Masse, ohne Veränderung in ihren räumlichen Verhältnissen; sie verhält sich gleich wie die gesunde. Dabei ist die betreffende kranke Partie nichts weniger als brüchig, mit dem Finger eindrückbar, sondern die Wucherungen zeigen sich als feste, nicht leicht abstossende Erhabenheiten.

Von den von Rokitansky geschilderten warzen- und tropfsteinartigen Osteophyten, welche sich nur in der Nähe von Gelenken finden, besonders um die erweiterten Pfannen, als ein knorriger Saum die Ränder der pilzähnlich abgeflachten Gelenkköpfe besetzen und von da aus an den Rauhigkeiten der Knochen wuchern, unterscheiden sich die hier beschriebenen Metamorphosen darin, dass sie nicht, wie Rokitansky sagt: »aus einer kreidigen, weissen, sehr brüchigen Substanz bestehen, und dadurch ihren arthritischen Ursprung verrathen, sondern auch diese Form von Exostosen trägt den Character der übrigen Wucherungen der Diploë, nämlich die durch und durch zellige, schwammige Textur.»

II. Schwammige Exostosen. Am Femur, der Ulna und am *Os ilium* kommen warzenförmige Erhabenheiten vor, die alle den Character der von Rokitansky sogenannten schwammigen Exostosen an sich tragen. Er versteht darunter im Gegensatze zu den »compacten Exostosen» »einen Tumor von zelliger Textur, der von Knochenmark strotzt und von einer compacten Lamelle als Rinde bekleidet ist.» Er entwickelt sich bald aus compacter, bald aus spongiöser Knochensubstanz, entweder aus deren peripherischen Schichten oder aber aus der Tiefe. Seine Rinde geht in die des betreffenden Knochens über; die Oberfläche ist in verschiedener Weise uneben.

Die Exostosen bieten im Allgemeinen mancherlei auffallende Abweichungen in der äussern Gestalt, wie in ihrem innern Baue dar, sind entweder flachrunde Erhebungen, oder scharf umschriebene, hemisphärische, oder über einer schmälern Basis sich zur kugeligen Form entfaltende Auswüchse; oder mit einem förmlichen Style aufsitzend; rundlich, höckerig uneben, bisweilen gelappt oder ästig; oder sie tragen auch die Form rundlicher oder kantiger, dornähnlicher Fortsätze. — Zu diesen Exostosen gehören nach Rokitansky wahrscheinlich auch diejenigen, welche innerhalb einer compacten Rinde nicht nur eine schwammige Textur, sondern eine förmliche Markröhre zeigen, welche mit dem *Tubus medullaris* und seinen Zellen communicirt, somit gleichsam eine Erweiterung der Markhöhle über der Oberfläche des Knochens darstellt.

Die schwammigen Exostosen des Femur aus Peru sind hemisphärisch, wie kleine, erbsengrosse, mit breiter Basis aufsitzende Erhabenheiten, die entweder an ihrem Grunde rings herum von der Umgebung scharf abgegränzt sind, oder sich, zumal an ihrer obern Seite, allmälich in die Knochen verflachen. Ihre Oberfläche ist warzig uneben, rauh, mit einer feinporigen aber compacten Rinde überzogen. Sie stehen an der äussern Seite des *Trochanter major* in einem Dreieck zusammen. Der Raum zwischen ihnen ist krankhaft afficirt, indem die oberste Rindenlamelle des Knochens porig aufgelockert ist, ohne jedoch den Character des villösen Osteophytes an sich zu tragen.

Besonders reich an solchen schwammigen Exostosen ist das *Os ilium,* zumal das *Labium cristae internum.* Diese wie die andern Exostosen, haben auf den ersten Blick weit mehr das Ansehen von auf den Knochen aufgepflanzten Neubildungen, als die andern spongiösen Erhabenheiten des Knochens. Diess beschränkt die genauere Untersuchung, da solche Exostosen in den verschiedensten Stadien ihrer Entwicklung vorkommen. Denn während sich einige bereits zu einer ansehnlichen Grösse von kleinen Erbsen über die Fläche des Knochens erhoben haben, und in ihrem Innern einen zelligen Bau zeigen, erheben sich andere kaum sichtbar. Diese letzteren wären vielleicht auch geeignet, einigen Aufschluss über das Entstehen der Exostosen zu liefern, und ich werde daher ihre verschiedenen Entwicklungsstufen genauer angeben.

Neben einem Häufchen von erst sich erhebenden Exostosen gewahrt man zwei kleine, in einander confluirende, muldenartige Vertiefungen, die 1 bis $1^1/_2'''$ tief in die Corticalsubstanz des Ileums eindringen. Ihr Rand ist länglich rund, scharf abgeschnitten, der Grund glatt. Zu beiden Seiten, etwas entfernt von diesen Ausbuchtungen, schwillt die oberste Lamelle der compacten Rindensubstanz des Knochens stellenweise an und bildet kleine Erhöhungen. Diese letzteren liegen frei, d. h. sie sind an ihrer Basis umgeben

von einer linientiefen, haarförmigen Rinne, und erscheinen auf diese Weise von der benachbarten Knochenrinde abgetrennt. Während die ganze Oberfläche des Knochens rein weiss ist, ist die Bedeckung dieser Erhöhungen von hellgelber Farbe, glatt und dicht. Hebt man einen solchen, offenbar krankhaft metamorphosirten Überzug behutsam ab, so findet man unter ihm entweder eine ähnliche muldenförmige Vertiefung im Knochen, eine förmliche Höhle wie die eben beschriebene, mit glattem Grunde; oder die Höhle ist von mehr oder weniger zelliger Structur. Um je entwickelter und grösser die Exostose ist, um so mehr spongiöse, diploëtische Substanz füllt die Höhle aus, so dass man den Grund der Erhebungen nicht mehr sehen kann. An einigen Stellen liegt die degenerirte, gelbliche Corticallamelle, von einer haarförmigen Rinne umgeben, unter dem Niveau der benachbarten gesunden Knochenrinde. Es scheint hier dem Entstehen der Exostose eine beschränkte Resorption der Knochen vorangegangen zu sein, und diese auch Veranlassung zu den muldenartigen Aushöhlungen gegeben zu haben. — Die vollständig entwickelten Exostosen von durchweg schwammiger Textur erheben sich zwei bis drei Linien hoch, kugelig. Einige sitzen mit breiter, kreisrunder Basis auf, frei mit deutlicher Abgränzungsrinne; andere sind gestielt, pilzähnlich.

Nach Rokitansky verharrt die schwammige Exostose durch eine bestimmte Zeit, vielleicht nicht selten für immer, in dem Zustande ihrer ursprünglichen schwammigen Textur: gewöhnlich tritt in ihrem Innern eine Massenzunahme, Sclerose, in verschiedenem Grade und Ausdehnung ein. Die Exostose bekommt eine compacte Rinde von beträchtlicher Dicke, welche eine Lage schwammiger Substanz oder eine förmliche Marksubstanz einschliesst; sie wird auch in der Tiefe an verschiedenen Stellen, ja selbst durch und durch gleichmässig compact. Ich zweifle, ob dieser Verdichtungsprocess auch an diesen Exostosen erfolgt sein würde, da auch die entwickeltsten keine Spur von Sclerose zeigen.

III. Keulenförmige Exostosen. Ich habe nur noch einer dritten Form von diploëtischen Wucherungen zu erwähnen, welche die Gestalt von stiel- oder, besser gesagt, keulenförmigen Fortsätzen annehmen. Sie scheinen sich bloss durch ihre Form und eine stärkere Entwicklung von den „rundlichen oder kantigen, darmähnlichen Fortsätzen" zu unterscheiden, deren Rokitansky Erwähnung thut, und die nach ihm bisweilen an den meisten, ja allen Röhrenknochen eines Skelettes in der Nähe der Gelenkenden sich vorfinden. Diess scheint mir um so glaubwürdiger, da am Femur neben den keulenförmigen wirklich dornähnliche, schwammige Exostosen vorkommen.

Dergleichen keulenförmige Tumor kommen an der obern Epiphyse des Humerus und der untern des Femur vor; am erstern haben sie eine Länge von 10 Linien bei einer Breite von 8 Linien, am Femur sitzt eine von einem Zoll und fünf Linien Länge. Am besten zur Beobachtung eignet sich diese Exostose am *Condylus internus ossis femoris.* Weil hier der Lamellenüberzug der spongiösen Substanz bis zum ersten Drittheil der keulenförmigen Exostose fehlt, bemerkt man um so besser den continuirlichen Übergang der Diploë des Knochens in den Inhalt der partiellen Wucherung. Diese keulenförmigen Fortsätze sind demnach nicht als Neubildungen anzusehen, welche auf compacter Knochenbasis ruhen.

Wie alle hieher gehörigen Auswüchse stets mit der Längenaxe des betreffenden Knochens parallel laufen, entweder von unten nach oben, oder umgekehrt, so ist es auch mit der Exostose der Fall, von der hier die Rede ist. Mit etwas schmaler, ovaler Basis beginnend, nimmt sie ihre Richtung von unten nach oben, gewinnt allmälig mehr an Umfang und verdient mit Recht den Namen einer »keulenförmigen Exostose.« Auf den ersten Blick geräth man in Versuchung, sie ihrer Gestalt nach für eine verknöcherte Sehne zu halten, die auf dieser Stelle ihren Ansatzpunct hatte. Dagegen spricht jedoch ihr Sitz, indem weder hier noch an den andern Puncten, wo ähnliche Auswüchse sich zeigen, Muskeln weder entspringen noch sich inseriren.

Alle derartigen Excrescenzen haben zum Überzuge eine ganz gesund aussehende, feste Knochenlamelle, in Structur und Farbe nicht abweichend von der Corticalsubstanz des ganzen Röhrenknochens. Diese setzt sich ununterbrochen an dem Tumor fort, von einer Demarcationslinie ist nichts mehr zu bemerken. Das Ende der Exostosen ist leider beim weiten Transport abgebrochen worden. Jedesmal sind sie auch von vorn nach hinten mehr oder weniger comprimirt.

Bei dem Versuche: mögliche ätiologische Momente aufzufinden (Seite 34) bemerkt Dr. Zschokke, wie schwierig es sei, die ursächlichen Momente dieser Exostosen aufzufinden, an Knochen, die bereits sieben Jahrhunderte lang im Schoosse der Erde ruhten, Veränderungen an sich tragen, die bis jetzt noch nicht bekannt waren, wo sogar die Frage aufgestellt werden kann: sind dieselben wohl Product einer eigenthümlichen Dyscrasie; oder rühren sie her von einer Krankheit, die den Gegenden von Peru eigenthümlich, unseren Forschungen entgangen, jetzt noch existirt oder bereits wieder verschwunden ist, oder sich wenigstens im Verlaufe der Zeit modificirt hat?

Trotz des Mangels jedweder Reactions-Erscheinung und deren Producte-Ablagerung in der Umgegend der Exostosen, aber in Betracht, dass bei den Hyperostosen, wo keine entzündlichen Momente nachweisbar sind und die nur durch eine abnorm erhöhte, langsam vor sich schreitende Bildung der Knochenmasse entstehen, und dass bei solchen einfachen Hypertrophien stets Verdichtung der Markröhrenwandungen durch neue, unter dem Periosteum abgelagerte Knochensubstanz Statt findet, und zu gleicher Zeit, nothwendig damit verbunden, Sclerosis des compacten wie spongiösen Knochengewebes; dass

ferner durch Übernährung grössere Resistenz und Dichtigkeit hervorgerufen wird, die Knochen dadurch in ihrer Totalität, oder — jedoch seltener — stellenweise ein mehr oder minder unebenes, unförmliches, plumpes Aussehen erhalten; dass hypertrophischer Process sich vorzugsweise in compacten Knochen, in Schädelknochen, Diaphysen der Röhrenknochen, nicht so häufig in schwammigen Knochen machte; und in Berücksichtigung des Eigenthümlichen des Standortes der diploëtischen Wucherungen, da bekannt ist, dass dyscrasische Entzündungen auch Neigung haben: specifike Abtheilungen eines Knochens, bald die diploëtischen Gelenkenden, bald die compacten Mittelstücke der Röhrenknochen vorzugsweise zu ergreifen; und endlich nach dem Resultate der microscopischen Untersuchung, glaubt Dr. Zschokke mit grosser Wahrscheinlichkeit: die pathologischen Veränderungen an den peruanischen Knochen seien weniger Product einer Hypertrophie als vielmehr irgend eines entzündlichen Processes.

Nun aber entsteht die Frage: wenn jene Formveränderungen entzündlicher Natur sind, wurde die Entzündung durch äussere oder innere Momente hervorgerufen; sind die Producte aus örtlicher Reizung oder in Folge eines Allgemeinleidens entstanden?

Bei der Beantwortung dieser Frage muss berücksichtigt werden, dass die Knochen von verschiedenen Individuen herrühren, dass aber auch mehrere ein und demselben angehörten. Ich habe schon oben bemerkt, dass ich in dem Grabe drei Skelette fand, bei denen alle Röhrenknochen auf die angeführte Weise verändert waren. Dieses führte den Verfasser (S. 37) zum Schlusse: dass das Leiden kein beschränktes war (wie z. B. bei localer Entzündung), sondern zu gleicher Zeit an verschiedenen Knochen auftrat. An allen haben die Veränderungen solche Fortschritte gemacht, dass man annehmen kann, die Krankheit habe sich in den verschiedenen Knochen gleichzeitig localisirt, sei nicht successiv von dem einen auf den andern übergegangen. Somit fällt die Vermuthung weg, als sei die Knochenkrankheit ein beschränktes, locales, vielleicht aus örtlicher Reizung hervorgegangenes Leiden. Im Gegentheil ist aus dem schon Gesagten anzunehmen, es sei irgend ein Allgemeinleiden im Hintergrunde gewesen, es beruhen die Veränderungen auf einer dyscrasischen Basis im Individuum.

Daraus entsteht folgende wichtige Frage: wenn das pathische Product Folge einer Dyscrasie ist, gibt es denn eine solche, die gleiche oder wenigstens ähnliche Veränderungen in Knochen bedingt, wie an den Knochen aus Peru?

Die Dyscrasien, die sich auf einen Theil des knöchernen Skelettes localisiren, oder dasselbe mit in den Process hineinziehen, drücken den Knochen immer ihr eigenthümliches Gepräge auf, das entweder in der Texturveränderung der Knochen, unmittelbar an den erkrankten Stellen oder in etwaigen Abänderungen seiner Gestalt besteht. Man kann daher aus den Knochenmetamorphosen angeben, durch welche von den drei Dyscrasien: Syphilis, Scrophulosis oder Arthritis, die bekanntlich pathische Veränderungen der Knochen hervorbringen, sie hervorgerufen wurden.

Vergleicht man indessen die so mannigfaltigen Veränderungen, welche diese Dyscrasien bedingen, mit denen an den peruanischen Knochen, so dürften die Untersuchungen wohl zu dem Schlusse berechtigen, dass, wenn die pathologischen Veränderungen einer Dyscrasie zuzuschreiben sind, dieselbe jedoch eine verschiedene gewesen sein müsse von allen obgenannten; es sei denn, dieselbe sei modificirt worden durch Lage und Natur von Peru, Lebensart und Sitte seiner Bewohner.

Nachdem Dr. Zschokke die Metamorphosen angegeben hat, welche Entzündungen und deren Ausgänge, die keinen specifischen Character an sich tragen, sagt er S. 41: Es lässt sich bei allen diesen Producten-Ablagerungen nirgends eine grosse Ähnlichkeit finden mit den diploëtischen Wucherungen der Knochen aus Peru. Es fehlen ihnen ganz und gar die verknöcherten und sclerosirten Exsudationen auf der Oberfläche der Knochen, mit welcher sie verschmolzen sind. Nicht minder mangelt Ablagerung neuer Knochenmasse an dem diploëtischen Theile der Knochen; aber Substanzverlust und cariöse Ausbuchtungen. Wenn auch an macerirten Knochen, die früher bestimmt cariös waren, solche Zerfressungen der diploëtischen Knochensubstanz nicht in allen Fällen nothwendig sind, sondern der Substanzverlust durch Regeneration sich ersetzt haben kann, mangeln doch nie in der Umgebung der früher so krankhaft ergriffenen Stellen die Reactionssymptome in Form der Osteophyten. Indessen glaube ich, aus dem Gesagten für die Ätiologie der spongiösen Wucherungen so viel entnehmen zu können, dass, wenn wirklich ein Entzündungsprocess den Deformitäten zu Grunde gelegen hat, derselbe ein mässiger und zwar nach dem Umfange, den die Wucherungen schon haben, ein chronischer gewesen sein müsse.

(Fortsetzung folgt.)

Nachricht über den Curort Gleichenberg und die durch Dr. v. Kottowitz daselbst neu eingerichtete Molken-Curanstalt. Von Dr. und Prof. Goetz zu Grätz.

Bei allseitiger Theilnahme gewinnen die in Steiermark freundlich gelegenen und vor wenig Jahren gleichsam neu aufgefundenen Mineralquellen zu Gleichenberg immer mehr an Vertrauen, und die Zahl der Besuchenden stieg in der verflossenen Saison schon nahe an 500.

So sehr die umsichtsvolle Anregung und fortdauernde Fürsorge, die Se. Excellenz der Herr Landesgouverneur, Mathias Graf von Wickenburg diesem Orte angedeihen liess, dazu beigetragen hat, dieser Heilquelle auf's Neue einen Namen zu verschaffen,

eben so grossen Antheil an ihrem so schnellen Emporkommen hat auch der innere Gehalt des Brunnens selbst, so wie die zweckmässige Verwaltung des Curortes.

Hiezu kommt, dass das milde Clima Gleichenbergs die Anwendung dieser Mineralquellen bereits in dem etwas vorgerückten Frühjahre, wie auch in den Monaten des Frühherbstes erlaubt. Schon durch Benützung dieses Umstandes würde dem zeitweiligen Mangel an Raum abgeholfen, und derselbe, bei der regen Theilnahme so vieler Verehrer der Heilquelle, durch fortdauernde Führung von Neubauten in Gleichenberg selbst, und am Klausnerbrunnen, welch' letzterer bereits vollendet ist, bald gänzlich beseitiget werden. Es dürften daher in der nächsten Saison, wenn die Wohnungen im Dorfe Gleichenberg und Trautmannsdorf hinzugerechnet werden, nahe an 300 Fremde gleichzeitig bequem untergebracht werden können.

Nebst den drei Trinkquellen (Constantinsquelle, Johannis- und Klausnerbrunnen) werden die Carls- und Werle-Quelle zu Badeanstalten benützt, und ein zweites Badehaus (wozu die neu entdeckte Römerquelle das Wasser liefern soll) ist im Baue begriffen, wird auch allem Anscheine nach schon im Laufe der heurigen Saison zum Gebrauche fertig werden.

Allem diesen reihet sich die Errichtung einer Molken-Curanstalt des Dr. von Kottowitz an, der seine täglich frisch bereitete und zweckmässig warm erhaltene Molke nächst der Trinkquelle in einem eigens hiezu eingerichteten Locale an der Wandelbahn verabreichen zu lassen gedenkt. Im Allgemeinen wird sich der Unternehmer vorerst nur auf die Erzeugung der an sich süssen Kuh- und Ziegen-Molke beschränken, und nur ausnahmsweise und auf besonderes Verlangen oder auf Anordnung eines Arztes zur Bereitung der Molke jedes andere sonst gebräuchliche und dem individuellen Falle angemessene Schüttungsmittel anwenden.

Zur Nachricht.

Laut hohen Hofkanzlei-Decretes vom 8. April 1846 Z. 11843 haben Seine k. k. Majestät mit a. h. Entschliessung vom 4. desselben Monats dem Med. Dr. Ennemoser die medicinische Praxis in Wien ausnahmsweise auf ein Jahr zu gestatten geruht.

4.

Anzeigen medicinischer Werke.

Commentatio de Hermaphroditismo, cui adjectae sunt nonnullae singulares observationes. Auctore Aug. Fried. **Günther**, *Medicinae et Chirurgiae doctore, medico legionario in reg. potent. Saxoniae exercitu, Anatomiae et Physiologiae in Academia chirurgico-medica et schola veterinaria Dresdensi Professore, nonnull. societat. erudit. sodali. — Cum iconibus lapidi incisis. — Lipsiae 1846. 8. 84. S.*

Diese Abhandlung enthält nebst einer vorausgeschickten reichhaltigen Literatur eine bündige Übersicht dessen, was bisher über den erwähnten Gegenstand Wissenswerthes bekannt geworden ist, überdiess einen Beitrag aus der eigenen Erfahrung des Verf.'s, bestehend aus der Beschreibung mehrerer von ihm beobachteten Zwitterbildungen. Das Ganze ist in sieben Capitel abgetheilt, wovon das erste die Häufigkeit des Vorkommens und die Formen der Zwitterbildung bei den verschiedenen Thierclassen auseinandersetzt. Im zweiten macht uns der Verf. mit den verschiedenen Ansichten und Meinungen älterer und neuerer Physiologen über die Natur und Bedeutung, insbesondere über die Entstehungsweise dieser Missbildung bekannt, und geht hierauf im dritten Cap. auf die einzelnen Formen derselben näher ein, indem er sie in folgende vier Classen eintheilt: *I. Sexus defectus. II. Sexus imperfecte evolutus. (Andrbelievegynae. — Gynandri.) III. Sexus in utroque latere diversus. (Hermaphroditismus lateralis.) IV. Sexus duplicatus. (Hermaphroditismus ex luxuria.)* Jede dieser Formen wird durch die beigefügte Beschreibung einzelner dahin gehöriger Beispiele näher erklärt und erläutert. Die nächstfolgenden drei Capitel besprechen in wenigen Worten den Einfluss der betreffenden Structur der Geschlechtsorgane auf ihre Verrichtung, die eigentliche Natur und Wesenheit solcher Formfehler und ihre Ursachen. Im siebenten Capitel folgt die Beschreibung der vom Verf. beobachteten Fälle von Zwitterbildung, deren Verständniss durch die beigefügten lithographirten Abbildungen erleichtert wird. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass dieses Werkchen eben nicht zu den gehaltlosen gerechnet werden könne, indem es gerade so viel darbietet, als vielleicht die Meisten, denen der Gegenstand in rein anatomisch-physiologischer Hinsicht Interesse erregt, darüber zu erfahren wünschen, und diejenigen, die sich durch die allerdings nicht selten allzu kurz gehaltene und unvollständige Abhandlung des Verf.'s nicht befriedigt finden sollten, hinlängliche Quellen bezeichnet finden, aus denen sie eine detaillirtere Belehrung schöpfen können, die übrigens der Verf. auch gar nicht beabsichtigt zu haben scheint. Papier, Druck und Lithographie sind hübsch.

Diegelmann.

Medicinische Bibliographie vom Jahre 1846.

Die hier angeführten Schriften sind bei Braumüller und Seidel (Sparcassegebäude) vorräthig oder können durch dieselben baldigst bezogen werden.

Alberti (Dr. Jul. Gust.), k. preuss. Kreisphysicus in Jauer, der Stand der Ärzte in Preussen. Ein historisch-critischer Versuch, mit Beziehung auf die bevorstehende Reform des preuss. Medicinalwesens. gr. 8. (143 S.) Leipzig, *Brockhaus*. Geh. 1 fl. 12 kr.

Archiv für physiologische Heilkunde, herausgeg. v. Dr. W. Roser u. Dr. Wunderlich, 5. Jahrg. 1846 in 4 Heften. gr. 8. (I. Heft 158 S.) Stuttgart, *Ebner & Seubert*. 4 fl. 30 kr.

Braithwaite (W.), *Retrospect of Practical Medicine and Surgery; being a Half-yearly Journal, containing a Retrospective View of every Discovery and Practical Improvement in the Medical Sciences. Edited by W. Braithwaite. Vol. 12. July to December, 12mo. pp. 424, cloth. 6 Sh.*

Brown (I. B.), *On Scarlatina, and its Successful Treatment by the Acidum aceticum dilutum of the Pharmacopoeia. By Isaac B. Brown. Post 8vo. pp. 76, cloth. 4 Sh.*

Codex der Pharmacopöen. 8. Lief. oder 3. Sect. (nordosteuropäische Pharmacopöen) 2. Bdchn.: Schwedische Pharmacopöe. Deutsche Bearbeitung. kl. 8. (XVI u. 112 S.) Leipzig, *L. Voss*. Geh. 45 kr.

Combe (G.), *The Elements of Phrenology. By George Combe. 6th edition, improved and enlarged, 12mo. (Edinburgh), pp. 232, with prints and cuts, boards. 3 Sh. 6 D.*

Cronin (D.), *Observations on the Efficacy of Anaspasia, or Traction, in the Cure of Consumption, and Asthma; with Authentic Cases. By D. Cronin, M. D. 3d edition, 12mo. pp. 80, cloth. 3 Sh.*

Detroit (Dr. Eduard), Cursus der Geburtshülfe, mit Einschluss der wichtigsten Krankheiten der Schwangern, Wöchnerinnen und der neugebornen Kinder. Nach der Paragraphen-Abth., die in der Geburtskunde des Dr. L. S. Weiss beobachtet worden ist, und nach den neuesten Erfahrungen und Bereicherungen der Wissenschaft bearb. 3 Bde. gr. 8. (XXXIII u. 1322, V u. 192 S.). Berlin, *G. W. F. Müller's* Verlag. Geh. 6 fl. 45 kr.

Gedike (Dr. C. G.), pract. Arzt etc. zu Berlin, Anleitung zur Krankenwartung. Zum Gebrauche für die Krankenwart-Schule der Berliner Charité-Heilanstalt. 2. umgearb. Aufl. 8. (XXX u. 201 S.) Berlin, *Aug. Hirschwald*. Geh. 1 fl. 8 kr.

Haase (C. A.), Min. Cand., das Stottern, oder Darstellung und Beleuchtung der wichtigsten Ansichten über Wesen, Ursache und Heilung desselben, nebst Abhandlung des *Hieronymus Mercurialis* »de Balbutie.« Für Pädagogen und Mediciner. gr. 8. (XII u. 140 S.) Berlin. *Aug. Hirschwald* in Comm. Geh. 1 fl.

Jörg (Dr. Joh. Christ. Gottfr.), ord. Prof. der Geburtshülfe etc. zu Leipzig, Beleuchtung der für das Königr. Sachsen beantragten Reform der Medicinalverfassung. gr. 8. (82 S.) Leipz. *Brockhaus*. Geh. 24 kr.

Krankenbesuch, der, in der Bauernhütte. 12. (69 S.) Strassburg, *Wwe. Levrault*. Cart. 12 kr.

— der, im Schlosse. 12. (88 S. u. Titelbild.) Ebend. 1845. Cart. 15 kr.

London *Medical Directory, 1846; containing the Name, Address, Qualification, Official Appointments, Honorary Distinctions, and Literary Productions of every Physician, Surgeon, and General Practitioner resident in London and its immediate Vicinity; with a great variety of useful Medical Information. 12mo. pp. 282, cloth. 5 Sh. 6 D.*

Sampson (M. B.), *Homoeopathy, its Principle, Theory, and Practice. By M. B. Sampson. 8vo. pp. 232, cloth. 4 Sh. 6 D.*

Schwartz (Dr. Oscar), die medicinische Staatsprüfung in Preussen. Ein critischer Rückblick. gr. 8. (32 S.) Leipzig, *O. Wigand*. Geh. 24 kr.

Tamplin (R. W.), *Lectures on the Nature and Treatment of Deformities, delivered at the Royal Orthopaedic Hospital. By R. W. Tamplin, F. R. C. S. E. Fcp. pp. 280, woodcuts, cloth. 7 Sh. 6 D.*

Thurnam (J.), *Observations and Essays on the Statistics of Insanity, including an Inquiry into the Causes influencing the Results of Treatment in Establishments for the Insane: to which are added, the Statistics of the Retreat near York. By John Thurnam. 8vo. (York), pp. 392, cloth. 14 Sh.*

Walker (W. J. W.), *An Essay on the Treatment of Compound and Complicated Fractures; being the Annual Address before the Massachusetts Medical Society in Boston, U. S. America, May 28, 1845. By William J. Walker, M. D. 8vo. (Boston), pp. 102, sewed. 3 Sh. 6 D.*

Walshe (W. H.), *The Nature and Treatment of Cancer. By Walter Hayle Walshe, M. D. 8vo. pp. 606, cloth. 16 Sh.*

Gedruckt bei J. P. Sollinger.